

問 診 票

	西曆	年	月	日	
ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	西曆 年 月	年 日	年齢 歳
住所	〒		電話		自宅 携帯

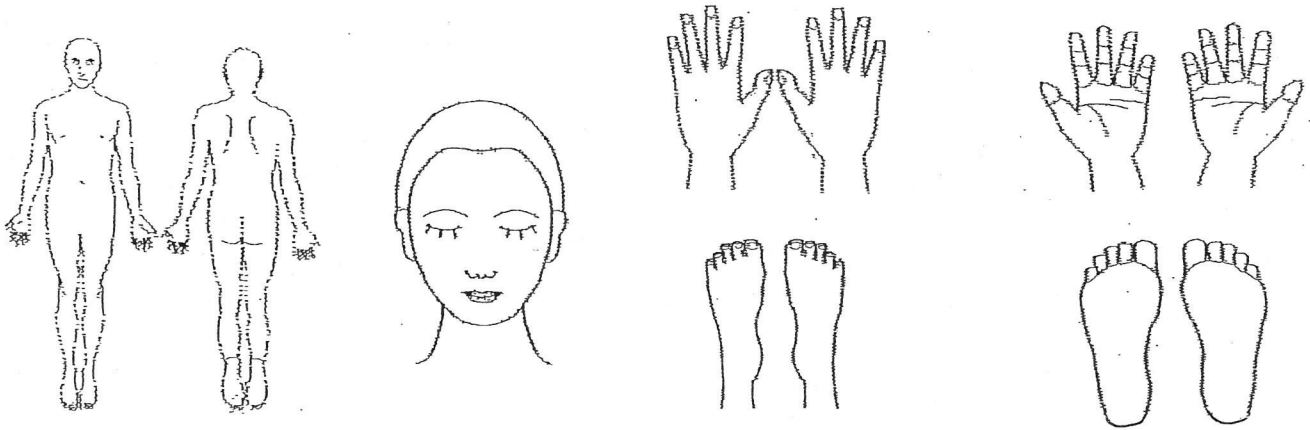
1. 今日は、どうされましたか？ 受診される内容をお書きください。

2. いつ頃から症状が現れましたか。

ア) いつから：

イ) 症 状： かゆい 痛い 特になし その他（ ）

ウ) 部 位： 下の図に○印をして下さい。



3. このことで、どこかの病院に受診されましたか。(はい・いいえ)

4. 現在、他に治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)

(病名) 病院名 ()

5. 現在お薬服用中の方で、お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。

お薬手帳ない方→ (薬名)

6. 体に合わない薬 (テープ・消毒も含む) がありますか (はい・いいえ)

(薬名)

7. ご自身、ご家族の方で次の病気の方はありますか。

ア) 喘息 イ) 蕁麻疹 ウ) アレルギー性鼻炎 エ) アトピー性皮膚炎 オ) 糖尿病

8. あなたの現在のお仕事を具体的に書いてください。

9. 妊娠の可能性はありますか。

ア) 現在妊娠している (ヶ月) イ) 可能性あり ウ) 可能性なし エ) 授乳中
 出産予定日 (年 月 日)